

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1927-1928. — N° 42

**D'un Traitement préventif
de la
Constipation post-opératoire
au cours
des Interventions abdominales**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 décembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES SERBOURCE

NÉ LE 6 SEPTEMBRE 1902

A CHATILLON-SUR-SEINE (COTE-D'OR)



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

—
1927

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1927-1928. — N° 42

**D'un Traitement préventif
de la
Constipation post-opératoire
au cours
des Interventions abdominales**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 décembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES SERBOURCE

NÉ LE 6 SEPTEMBRE 1902

A CHATILLON-SUR-SEINE (COTE-D'OR)



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE. M. H. HUGOUNENQ
DOYEN. M. J. LEPINE
ASSESEUR. M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, GAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOU
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE MARTIN
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	SAVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THÉVENOT (Leon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DEVIC
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (Joseph)
CORDIER (V.)	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
			WERTHEIMER

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PATEL, Président ; SANTY, Assesseur ;
MM. BONNET et CHARLIER A., Agrégés.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MÈRE,
A MON PÈRE, Docteur en Pharmacie.

*En témoignage de profonde affec-
tion.*

A MON FRÈRE, Pharmacien.

A MA SŒUR.
A MON BEAU-FRÈRE, Docteur en Médecine.

A MA TANTE.
A MON ONCLE, Docteur en Médecine.

A TOUS MES PARENTS.

A MES AMIS.

A mon Président de thèse,
M. LE PROFESSEUR PATEL,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Professeur à la Faculté de Médecine,

*En remerciement pour le grand
honneur qu'il nous fait en pré-
sident cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR J.-P. MOREAU,
Chirurgien-adjoint des Hôpitaux de Paris,

*Nous dédions ce travail qu'il nous
a inspiré, modeste témoignage de
notre reconnaissance infinie pour
la bienveillance particulière qu'il
nous a toujours témoignée.*

A MES JUGES,

Hommage de profond respect.

A la mémoire de
M. LE PROFESSEUR JEAN DEROME.

A M. LE PROFESSEUR G. LECLERC,
Directeur de l'Ecole de Médecine de Dijon.

A M. LE PROFESSEUR ZIPFEL,

Dont nous avons été le prosecteur.

A MM. LES PROFESSEURS PETITJEAN,
J. BROUSSOLLE, GAULT, ROUX, BAR-
BIER, BARON, et MM. LES DOCTEURS
LONGIN, GUÉRAIN, BEL, BRENOT,
GAUDEMET, AGRON,

*Dont nous avons été l'externe ou
l'interne, en témoignage de gra-
titude et de reconnaissance pour
l'enseignement qu'ils nous ont
donné, et l'accueil aimable que
nous avons trouvé auprès d'eux.*

A TOUS MES AUTRES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE DIJON.

INTRODUCTION

Une opération chirurgicale donne aujourd'hui au malade un maximum de sécurité, au point de vue technique et au point de vue aseptie. Qu'une infection endogène exaltant sa virulence, triomphe de la résistance du terrain, c'est encore possible quoique rare, mais il faut reconnaître un fait tout à l'honneur de la chirurgie actuelle, c'est que la mortalité opératoire tend de plus en plus vers un pourcentage minimum, pour n'importe quelle intervention.

Néanmoins, des complications peuvent survenir au cours de l'intervention, à cause de difficultés techniques : causes locales ; ou bien causes générales rendant grave le pronostic chez les cachectiques, les diabétiques, les urémiques, etc...

Un chirurgien averti de ces causes triomphera plus sûrement de la maladie, c'est pourquoi on insiste tant sur la nécessité absolue d'un diagnostic précis et d'un examen complet du malade ; un traitement médical approprié facilitera la tâche du chirurgien si le besoin s'en fait sentir, de même qu'on choisira dans tel cas tel mode d'anesthésie et tel anesthésique.

En agissant ainsi, on aura des chances plus grandes d'éviter des complications possibles, on ne compromettra pas le résultat d'une opération pourtant

bien conduite. Mais à côté de ces complications graves que les thérapeutes s'ingénient à éviter et à combattre, il existe toute une catégorie d'interventions qui entraînent une complication fréquente ; ce sont les opérations abdominales ; et c'est d'une complication qui les intéresse que nous voulons parler dans ce travail.

LA CONSTIPATION POST-OPÉRATOIRE

A côté des dangers propres de l'opération et de ses complications graves (shock, acidose, péritonite), une intervention abdominale crée généralement une paralysie intestinale qui se manifeste comme une complication immédiate.

On constate alors une inhibition de l'intestin, une atonie, ou un spasme, par irritation du sympathique, même lorsque l'opération a été rapide. Les symptômes se manifestent comme si le coup de bistouri ou le traumatisme intra-abdominal avait déclenché un réflexe qui paralyse l'intestin.

C'est, nous le répétons, une complication fréquente, par conséquent qui peut ne pas se produire, et qui est anodine très généralement, parce qu'on en triomphe par un traitement purement médical. Il ne s'agit pas d'infection, ni d'occlusion mécanique ou inflammatoire, mais de paralysie intestinale qui devient grave seulement si elle se prolonge : c'est la constipation post-opératoire.

Cette constipation représente-t-elle un avantage ?

Autrefois, on aurait répondu affirmativement, mais « nous ne considérons plus maintenant comme un dogme le précepte si strictement suivi jadis, de l'immobilisation absolue et à tout prix de la musculature intestinale, et cela, même lorsqu'une altération commençante des traits, des nausées ou des vomissements répétés, l'affolement du poulx, l'as-

cension de la courbe thermique nous font craindre un début de péritonite. Nous cherchons au contraire, sauf s'il y a eu entéro-anastomose, à provoquer le réveil du péristaltisme intestinal » (1).

Dans les cas où l'intestin a été ouvert, puis suturé, la sagesse logique ordonne évidemment de laisser ces sutures au repos, pour qu'aucun point ne puisse lâcher sous une tension trop forte. Mais faut-il encore que ces sutures soient importantes, qu'une portion intestinale suffisante ait été incisée, car pour une suture très petite, comme un point d'enfouissement d'un moignon d'appendice, il n'y a pas à craindre un danger du fait de la motilité de l'intestin. De même après des invaginations récentes, qu'on vient d'opérer, mieux vaut encore que l'intestin retrouve son tonus musculaire pour éviter qu'une atonie prolongée ne crée à nouveau une invagination. En chirurgie de paix, nous ne voyons guère que les anastomoses diverses pratiquées sur l'intestin et l'estomac qui indiquent une immobilisation de l'intestin.

Théoriquement, il semble qu'un malade qui vient de subir dans de bonnes conditions une rapide appendicectomie pour une appendicite refroidie, par exemple, devra ne pas faire de paralysie intestinale ; et pratiquement, on voit de ces opérés dont les selles sont spontanées et à peu près régulières, compte tenu du régime de diète qu'on leur fait subir ces jours-là.

(1) Rochard et Stern. Thérapeutique post-opératoire.

Mais combien sont-ils, même les hommes qui sont en général moins constipés que les femmes, combien sont-ils sur cent opérés dans un service de chirurgie ?

Nous avons tenté de trouver ce pourcentage, qu'il aurait fallu calculer sur des séries nombreuses d'opérés du ventre ; nous avons suivi chez les hommes des appendicites et des hernies, chez les femmes surtout des opérations portant sur les organes du petit bassin : nous avons vu seulement 25 % des opérés qui débarrassaient spontanément leurs intestins.

Ce chiffre a étonné des médecins, des chirurgiens, et même un chef de service, dont nous avons suivi des opérés à qui la surveillante fait donner systématiquement un lavement le quatrième jour après l'opération.

Nous connaissons un service de femmes où le chirurgien exige de l'infirmière qu'elle joigne à la feuille de température de toutes les opérées du ventre, une feuille de jours comptés à partir de celui de l'opération ; en face du jour, l'infirmière note le premier gaz, les suivants s'il y a lieu, et les premières selles ; nous avons vu des feuilles tout à fait favorables où se succédaient les lettres « p » et « P », et des « M » (abréviation de matières). Mais à côté de ces quelques feuilles qu'on regarde avec satisfaction, nous en avons vu beaucoup d'autres où les jours laissent une place blanche, où les lignes du pouls et de la température font une ascension parallèle progressive, pendant que les traits de la malade s'altèrent, que son ventre devient ballonné et dou-

loueux, que sa bouche mauvaise implore à boire et que sa langue sale traduit l'état saburral des voies digestives.

Y a-t-il péritonite ? Devra-t-on drainer une collection purulente ?

Non : ce sont des cas que l'on rencontre souvent après des opérations d'appendicite aigüe, où « l'inflammation péritonéale traduit sa présence uniquement par la paralysie de l'intestin, et où on a l'impression qu'on pourrait sauver le malade si on arrivait à triompher de sa paralysie intestinale ». (Kirmisson).

Nous nous rappelons avoir eu (alors que nous n'avions pas encore commencé nos études de médecine) un parent dans ce même cas de paralysie intestinale ; à ces moments d'angoisse où on attend un pronostic comme un accusé en Cour d'assises attend la réponse du Jury, la parole du chirurgien prend une importance extraordinaire, et nous nous la rappelons comme d'hier, s'adressant à l'opéré : « saluez bien bas votre premier gaz, il annoncera le début de votre guérison ».

On imagine facilement l'affolement d'une famille devant des symptômes dont l'importance s'exagère immédiatement, et qui suit de très près l'état moral du malade, quitte à le fatiguer davantage ; on discute sur la fièvre, le pouls, le pansement qu'on ne fait pas, l'occlusion qui se prépare, et on va confesser ses craintes au chirurgien, le suppliant de surveiller de très près, comme s'il ne savait pas à quel moment il convient de s'inquiéter de tel symptôme.

En attendant des jours meilleurs, on fait de la morphine à l'opéré, en général une ampoule d'un centi-cube le soir, pendant quelques jours.

Est-ce un bien ?

Oui. Pour hésiter à répondre « oui », il faut n'avoir jamais été opéré, et ne pas connaître cette douleur cuisante, lancinante, qui déchire les tissus au niveau de la plaie, ni cette sensation de fatigue générale, d'abattement, de bouche pâteuse, de tête lourde et pourtant vide d'idées sauf d'une, portée au paroxysme, obsédante : ne plus souffrir.

Une piqûre, et le miracle de la morphine agit : la souffrance disparue, le calme retrouvé, la respiration tranquille, un visage détendu, quelques paroles « je suis bien », l'euphorie. Et l'opéré s'endort pour quelques heures d'un repos bienfaisant.

Mais cependant, sans vouloir rien enlever à cet immense avantage que procure la morphine, on peut aussi lui considérer une action néfaste : précisément du côté de l'intestin. Cet alcaloïde de l'opium, ce poison de la cellule nerveuse, endort, paralyse le péristaltisme intestinal, son effet s'ajoute à celui du traumatisme chirurgical intra-abdominal lui-même, et voici renforcée la stase intestinale dont nous déplorions précédemment la manifestation.

A cause de ce renforcement de la constipation, nous devrions restreindre davantage l'emploi de la morphine. Pourtant, nous voyons des opérés très récents, à qui on fait de la morphine, qui ont des selles spontanées. Par conséquent, il faut conclure que la morphine n'exerce sur certains tubes diges-

tifs qu'une action minime, en admettant évidemment d'une façon générale son action paralysante sur la musculature intestinale ; et il faut conclure d'autre part que cette constipation post-opératoire, réelle chez les uns, est inexistante chez d'autres.

Pour la majorité des opérés, un traitement médical opportun et facile à réaliser, triomphe de la stase intestinale. C'est généralement un lavement ordinaire qu'on ordonne, ou un lavement glyciné, ou un lavement purgatif du Codex ; on a essayé des lavements de bile et de glycérine boratée. La voie rectale est préférable à la voie gastrique à ce moment-là, parce que l'estomac qui vient d'être fatigué par les vomissements post-anesthésiques garde encore sa sensibilité et doit être laissé au repos. Néanmoins, quand on ne redoute plus de vomissements, il est bon aussi de donner un purgatif.

Blair-Bell et Kirmisson ont préconisé les premiers, dans les constipations post-opératoires, l'emploi de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, qui a une action réelle sur les organes à parois musculaires lisses et notamment sur les fibres de l'intestin ; l'hypophyse, par l'exonération totale de l'intestin qu'elle produit, peut être rangée parmi les médicaments entero-cinétiques efficaces, et c'est avec succès que quelques chirurgiens (Houssay notamment) l'emploient à l'heure actuelle comme traitement curatif de la parésie intestinale post-opératoire. Que l'on garde donc, si on veut, l'hypophyse pour traiter la constipation déclarée, mais mieux vaut encore prévenir que guérir.

ACTION MÉDICAMENTEUSE

Quand l'idée première nous est venue d'instituer un traitement préventif de la constipation post-opératoire, nous avons pensé qu'il serait difficile de doser l'action médicamenteuse que nous voulions obtenir ; nous risquions d'amener une débâcle diarrhéique très rapide, et d'agir très peu ou pas du tout chez de grands constipés. La différence de réaction est grande pour la même dose d'un purgatif quelconque, chez des individus de même poids ; nous avons vu des constipés auxquels un léger purgatif mécanique, de l'huile de paraffine par exemple, assure une exonération intestinale facile, tandis que d'autres doivent avoir recours à de fortes doses de cathartiques ou aux drastiques violents pour réveiller enfin le péristaltisme de leur intestin.

La question de la dose se posant ainsi pour nous, nous avons pensé qu'on devait commencer par administrer des doses moyennes aux opérés dont les réactions aux purgatifs s'avoueraient normales à l'interrogatoire, et qu'on devrait diminuer cette même dose lorsqu'il s'agirait d'un malade jeune ou de poids faible.

Notre but : prévenir la constipation post-opératoire, nous l'avons cherché dans un moyen né d'une idée qui tire sa valeur de son originalité.

Nous avons voulu introduire directement dans l'intestin, au cours de la laparotomie, une quantité déterminée de liquide médicamenteux. Et pour réaliser l'introduction pratique et aseptique de ce liquide dans l'intestin, nous l'avons fait préparer tout simplement dans des ampoules, stérilisées à 140 degrés; nous les avons injectées encore plus simplement au moyen d'une grosse seringue s'adaptant à un trocart à ponction veineuse.

Quant à la formule des ampoules injectées, elle a subi des transformations complètes au cours des tentatives successives. Au début, nous avons eu souvent des insuccès; et les succès même pouvaient être rapportés à la bonne volonté de l'intestin des malades, en dehors de toute action thérapeutique de notre part. Devant ces insuccès, la formule a changé si souvent qu'il serait fastidieux d'en énumérer deux fois la totalité; nous la verrons pour chaque ampoule avec le compte-rendu de l'observation de chaque malade traité; qu'il nous suffise actuellement de signaler que nous avons employé de l'huile de paraffine, de la glycérine, de la gelée liquide d'agar-agar, de la bile avec de la bourdaine et de la belladone, de la glycérine boratée et de la glycérine boratée sulfatée sodique.

Actuellement, nous avons une série de succès, et nous considérons que la meilleure formule de liquide injectable est la suivante :

Borate de soude 2 gr.

Sulfate de soude 16 gr.

Glycérine qsp 30 cc.

Comme chacun peut le remarquer, nous sommes en présence d'une solution sursaturée, et il est préférable pour cette raison de chauffer préalablement à 40 degrés au bain-marie l'ampoule qu'on se propose d'injecter.

La technique décrite plus loin permet d'obtenir avec ces ampoules des résultats positifs ; le borate de soude à faible dose agit en excitant légèrement la contraction de la musculature intestinale, de même qu'il excite la contraction de la vessie quand on l'emploie en instillations vésicales de glycérine boratée. Le sulfate de soude et la glycérine, par leur action osmotique endo-intestinale, enrichissent en eau le contenu de l'intestin. Toutes les fois, où, l'opération ne pressant pas, nous pouvons préparer notre malade les jours précédents, nous lui faisons prendre une purge, et nous lui recommandons de boire beaucoup pour que son organisme reste bien hydraté ; le sulfate de soude concentré dans la glycérine attire alors facilement une plus grande quantité d'eau, pour agir efficacement. Ainsi se réalisent des conditions favorables à l'évacuation intestinale.

En injectant l'ampoule dans la partie terminale de l'iléon, très près du cœcum, une petite partie du liquide médicamenteux est absorbée, mais cette injection à la fin de l'iléon ne doit pas être assimilée à un purgatif vrai, puisqu'elle n'est pas portée dans le segment supérieur du tube digestif, qu'elle n'agit pas sur le foie, ni sur le pancréas, ni sur les glandes du duodenum, dont les sécrétions ne sont pas modifiées, et qu'enfin elle est peu absorbée ; on

n'obtient d'ailleurs pas d'action purgative vraie : pas de diarrhée, mais un péristaltisme suffisant pour que les effets s'en fassent sentir dans un laps de temps idéal, réalisant dans la majorité des cas ce tableau que nous avions désiré : des contractions intestinales et des gaz le premier jour, une selle spontanée le deuxième jour.

TECHNIQUE

Le côté technique, essentiel puisque nous devons respecter intégralement l'asepsie et rester dans un domaine pratique, est facile à réaliser :

L'instrumentation consiste en une seringue spéciale de 30 cc., facile à manier, analogue aux seringues à anesthésie régionale, c'est-à-dire robuste, d'un diamètre assez gros, et à faible course de piston; elle s'adapte d'une façon très solide à une aiguille analogue à un trocart à ponction veineuse, d'un millimètre et demi de diamètre. La seringue et l'aiguille sont autoclavées avec les instruments destinés à l'opération, ou stérilisés par ébullition prolongée dans de l'eau boratée.

L'ampoule à injecter, préalablement tiédie, est confiée à l'infirmière qui l'ouvrira au dernier moment et la présentera au chirurgien. Nous pratiquons l'injection à la fin de l'opération elle-même, aussitôt avant la fermeture de la paroi abdominale.

L'habitude que nous possédons de notre dernière technique d'injection intra-iléale nous permet d'en décrire les temps successifs :

- 1° Repérer l'angle iléo-cœcal, et extérioriser la toute dernière portion de l'iléon. Pendant ce temps, l'aide apprête la seringue en aspirant le contenu de l'ampoule.

2° Prendre l'iléon, à une distance de 10 cm. de l'angle iléo-cœcal, et faire tenir par l'aide la paroi iléale, dans une compresse au besoin, en deux points distants l'un de l'autre de 3 à 4 cm. ; saisir soi-même un troisième point, de façon à délimiter un petit triangle isocèle dont les sommets sont précisément les points tenus par l'opérateur et son aide.

Par prudence, étendre une grande compresse sous cette anse iléale.

3° Piquer franchement l'intestin d'un coup sec, au centre du triangle isocèle, en l'abordant bien perpendiculairement à sa surface, et enfoncer suivant la même direction d'un ou de deux centimètres; on évitera ainsi de pratiquer une injection interstitielle.

4° Pousser le liquide sans changer la position de la seringue, en surveillant la distension progressive de l'anse iléale par le liquide de l'injection.

Quand tout le contenu de la seringue est passé, retirer d'un seul coup la seringue et l'aiguille, en veillant à ce qu'aucune goutte de liquide ne reflue de l'iléon à travers le trou de l'injection. Pratiquement, absolument rien ne reflue, on distingue seulement le trou de l'aiguille dans la paroi de l'iléon, c'est un point; ce pertuis n'a pas de tendance à rester béant; on pourrait probablement l'abandonner ainsi, mais nous le fermons toujours pour plus de sûreté, en l'enfouissant par deux petits points sero-sereux au fil de lin double zéro.

Ainsi réglée, la technique est pratique et rapide.

Il n'en a pas été toujours ainsi, car nous avons employé au début de nos tentatives des ampoules de 100 cc ; il nous fallait alors répéter 4 fois la manœuvre : aspirer 30 cc. de liquide et l'injecter, laissant plantée dans l'intestin l'aiguille qui risquait de laisser refluer un peu de liquide intestinal ; nous mettions d'autre part jusqu'à 5 minutes pour réaliser cette quadruple injection, temps trop long ; c'est à cause de ces deux inconvénients que nous avons employé ensuite uniquement des ampoules de 30 cc., ainsi que nous le verrons au cours des observations successives.

Ajoutons que nos premières injections ont été faites dans le cœcum, à travers la bandelette longitudinale qui se présentait le mieux ; l'action médicamenteuse dans ce cas a été capricieuse ; tandis que les injections intra-iléales quoique très proches du cœcum, faites ensuite, nous ont donné des résultats bien meilleurs et constants.

OBSERVATIONS

Nous avons résumé à dessein nos observations, en n'y laissant que les indications intéressant le sujet.

1^{re} OBSERVATION

Septembre 1926. M. G... 20 ans ; appendicite au début de la crise ; en général bien portant ; souffre depuis la veille au soir ; temp. : 37° 9 ; pouls : 80.

Anest. gén. chloroforme, appendicectomie facile ; appendice court, mais gros et rouge. Injection intra-cœcale de 10 cc. d'huile goménolée stérilisée ; l'huile est injectée facilement avec une seringue ordinaire en verre adaptée à un trocart à ponction veineuse.

Suites opératoires excellentes, euthermie, eurythmie. Des gaz le lendemain, et le surlendemain une selle semi-liquide où on reconnaît de l'huile à son aspect spécial.

2^e OBSERVATION

Septembre 1926. M. B... Appendicite dans les mêmes conditions que dans le cas précédent.

Appendicectomie et injection intra-cœcale de 20 cc. d'huile goménolée stérilisée.

Suites opératoires excellentes ; le lendemain, des gaz, et une petite selle liquide constituée surtout par l'huile injectée.

3° OBSERVATION

Octobre 1926. Mme L... 28 ans. Retroversion utérine de plus en plus douloureuse, survenue il y a 3 ans, après son accouchement; constipée depuis des années, reste souvent 8 jours sans aller à la selle.

Anest. gén. chloroforme. Redressement de l'utérus par raccourcissement des ligaments ronds. Injection intra-cœcale de 10 cc. d'huile goménolée stérilisée.

Les premiers jours suivants: des gaz, mais pas de selle. On lui donne un lavement le 4^e jour.

Ainsi, notre idée première pour prévenir la constipation post-opératoire a été d'injecter de l'huile dans le cœcum; cette portion colique nous a semblé assez éloignée du rectum pour que l'huile n'ait pas d'effet immédiat ou trop précoce. En se mélangeant aux fèces pour les lubrifier, les rendre plus glissantes et plus molles, l'huile facilite l'exonération intestinale. D'autre part, nous avons pensé qu'un antiseptique comme le goménol ne serait pas irritant pour la muqueuse, et que son action antiseptique dans le cœcum ne serait pas défavorable, au contraire.

Le premier essai nous a satisfait, le second où nous avons doublé la dose nous a donné une selle trop liquide et précoce, et le troisième ne nous a donné qu'un échec.

Mais pensant dès ce moment que cette façon d'introduire une huile dans le cœcum devait agir sur le

transit des matières, nous avons employé ensuite une ampoule dont l'action médicamenteuse s'annonçait plus forte, en y ajoutant un gramme d'extrait fluide de bourdaine.

4^e OBSERVATION

3 novembre 1926. M. C... 14 ans. Appendicite au début ; temp. : 37° 5 ; bon poulx, bon état général ; pas de vomissement ; douleur très localisée au point de Mac Burney.

Anest. gén. chloroforme. Ablation de l'appendice, gros, long, erectus. Injection intra-cœcale d'une ampoule de 25 cc. contenant :

Gelée liquide d'agar-agar ..	12 gr.
Huile de paraffine	12 gr.
Goménol	0,01 ctgr.
Ext. fl. de bourdaine.....	1 gr.

Les deux premiers jours, des gaz sont émis, mais pas de selle. Le 3^e jour, on donne à boire une purge de sulfate de magnésie, qui débarrasse bien l'intestin.

En somme, c'est un échec, en dépit de nos prévisions. Pensant à ce moment que la musculature intestinale se contractera d'autant mieux qu'on lui offrira une plus grande quantité de liquide à évacuer, nous faisons préparer deux ampoules de 100 cc. que nous employons dans les deux cas suivants :

5^e OBSERVATION

11 décembre 1926. Mme B... 50 ans. Fibrôme utérin.

Anest. gén. éther. Hystérectomie. Puis, injection intra-cœcale en 4 seringues de 30 cc. d'une ampoule de 100 cc. contenant :

Bile fraîche, décholestérinée }	100 cc.
par lavage à l'éther bouillant }	
Ext. fluide de bourdaine...	2 gr.
Goménol.....	0,01 ctgr.

Suites opératoires bonnes. Les 3 premiers jours : des coliques et des gaz très abondants ; le 4^e jour au matin : une selle spontanée, et une selle quotidienne les jours suivants. La température, montée à 39 le 3^e jour, est tombée à 38 le 4^e, et à 36,9 le 5^e ; le pouls a suivi une courbe parallèle.

6^e OBSERVATION

13 décembre 1926. M^{me} R... 30 ans environ. Retroversion utérine ; constipation opiniâtre.

Anest. gén. chloroforme. Suspension de l'utérus aux muscles grands droits de l'abdomen par ses ligaments ronds. Le cœcum est très dilaté, mobile, on y injecte une ampoule de 100 cc. de la formule précédente, et on fait une cœcopicature.

Suites opératoires subfébriles pendant 5 jours ; des gaz très abondants les 3 premiers jours, mais pas de selle spontanée ; le 4^e jour, on donne un lavement qui ramène des matières ; le 7^e jour, on donne encore un lavement.

De ces deux ampoules, la première nous a donné un résultat tardif, mais positif, la deuxième un échec qui peut s'expliquer par la constipation habi-

tuelle de la malade et son entêtement à ne pas vouloir aller à la selle pour s'éviter des coliques.

Aussi, nous modifions peu l'ampoule suivante.

7^e OBSERVATION

23 décembre 1926. Charles M... 12 ans. Appendicite à froid.

Anest. gén. kélène-éther. Appendicectomie ; puis injection intra-cœcale d'une ampoule de 100 cc. contenant :

Bile fraîche, décholestérinée	}	aa. 50 cc.
Huile de paraffine		
Ext. fl. de bourdaine		1 gr.
Gomenol		0,01 ctgr.

Les trois premiers jours : des gaz abondants, mais pas de selle. Le 5^e jour, on donne une purge d'huile de ricin, dont l'action ne se fait pas attendre.

Pour exciter davantage le péristaltisme intestinal, nous ajoutons ensuite un peu de belladone.

8^e OBSERVATION

26 avril 1927. M^{me} de S... 45 ans avoués. Metrorragies, fibrôme.

Anest. gén. éther. Hystérectomie facile ; puis injection intracœcale d'une ampoule de 100 cc. contenant :

Bile décholestérinée	}	aa. 50 cc.
Huile de paraffine		
Intrait de belladone		0,02 ctgr.

Les jours suivants, la température atteint 38 ; pas

de coliques, pas de mydriase, pas de sécheresse de la bouche, bon état général : beaucoup de gaz, mais pas de selle ; le 5^e jour, on donne un lavement.

Nous avons hésité jusqu'à ce jour à donner de la belladone, parce qu'à côté de son action excitante sur le péristaltisme, la belladone diminue les sécrétions, et ces sécrétions nous sont utiles dans l'exonération intestinale. Mais pratiquement, la belladone dans le cœcum n'a pas agi ; c'est un nouvel échec que nous enregistrons là. Nous décidons alors de ne plus employer un si gros volume de bile, difficile et long à injecter comme nous l'avons dit précédemment, pour si peu de résultat. La seule action que nous avons observée, c'est une émission fréquente de gaz abondants, et ce n'est pas là que nous bornons notre ambition.

9^e OBSERVATION

14 mai 1927. M^{me} P... 50 ans environ. Fibrôme.

Anest. gén. éther. Hystérectomie ; puis injection dans le colon descendant d'une ampoule de 25 cc. contenant :

Bile décholestérinée	{	aa. 8 gr.
Huile de paraffine		
Glycérine		10 gr.

Les premiers jours : des gaz ; et à partir du 4^e jour : une selle quotidienne.

Ce résultat est plus satisfaisant, d'autant plus qu'après une néphrectomie subie deux ans auparavant, la malade avait fait de la constipation post-

opérateur. Nous avons poussé l'injection dans le colon descendant, mais nous pensons que l'amélioration du résultat est plutôt due à la présence de la glycérine que nous avons injectée; et c'est avec la glycérine que nous continuons nos recherches.

La glycérine, de plus, donne une apparence claire, séduisante à l'ampoule qui la contient, tandis que nos ampoules précédentes avaient vraiment un vilain aspect, d'une pseudo-solution foncée, sale, qu'il fallait « agiter avant de s'en servir » à cause du dépôt qui se produisait.

10^e OBSERVATION

16 mai 1927. M^{me} D... 30 ans. Retroversion utérine, appendicite à froid.

Anest. gén. éther. Appendice bridé, recouvert d'adhérences, appendicectomie; redressement de l'utérus. Injection intracœcale d'une ampoule de 25 cc. de

Glycérine boratée sodique à 5 %

Suites opératoires excellentes, apyrétiques. Les 2 premiers jours : des gaz; le 3^e jour : une selle spontanée; le 4^e jour : deux selles spontanées.

11^e OBSERVATION

Mlle D.,. 20 ans environ. Appendicite à froid.

Anest. gén. éther. Appendicectomie, puis injection intracœcale d'une ampoule de :

Glycérine boratée à 5 % : 25 cc.

Suites opératoires normales; le premier jour : des

coliques ; le deuxième jour : des gaz ; le troisième jour : des gaz, une selle ; temp. 37°2.

12^e OBSERVATION

1^{er} juin 1927. Mlle C... 20 ans. Une forte crise d'appendicite deux mois plus tôt ; généralement très constipée.

Anest. gén. chloroforme. Appendicectomie ; injection intracœcale d'une ampoule de :

Glycérine boratée à 5 % : 25 cc.

Les 3 premiers jours : des gaz, mais pas de selle. Le 5^e jour : une selle après avoir donné à la malade un suppositoire à la glycérine. (Depuis des années, elle ne peut aller à la selle qu'avec l'emploi de ces suppositoires). 3 jours plus tard, une nouvelle selle, avec le même traitement.

Sur 3 cas où nous avons injecté de la glycérine boratée dans le cœcum, 2 nous ont donné d'assez bons résultats, tandis que nous nous heurtions pour le 3^e à une malade, nerveuse, habituellement constipée, qui n'allait jamais spontanément à la selle.

Nous avons voulu faire mieux en ajoutant un peu de sulfade de soude à notre glycérine, à cause de son action hydragogue.

13^e OBSERVATION

8 juillet 1927. M^{me} M... 28 ans ; une crise d'appendicite il y a un mois, et persistance d'un plas-tron iliaque.

Anest. gén. éther. Appendicectomie sans inci-

dent ; puis injection intra-cœcale d'une ampoule contenant :

Borate de soude..... 2 gr.

Sulfate de soude..... 5 gr.

Glycérine 25 cc.

Suites opératoires rassurantes : le pouls ne dépasse pas 75, la température ne dépasse pas 38 ; des gaz les premiers jours, mais pas de selle. On donne un purgatif.

Pratiquement, c'est un échec, mais il faut ajouter que l'opérée (une infirmière) a eu de la morphine après l'opération, pendant plusieurs jours, précisément pour éviter les coliques, et que cette morphine a certainement dû arrêter le péristaltisme intestinal dont nous attendions la manifestation.

La prochaine observation marque le début de la technique qui nous vaut actuellement une série de succès ; cette technique, c'est celle que nous avons décrite plus haut : l'injection dans la toute dernière portion de l'iléon, d'une solution saturée ou sursaturée de borate et de sulfate de soude dans la glycérine.

14^e OBSERVATION

25 juillet. M^{me} R... 60 ans. Fibrôme.

Anest. gén. éther. Hystérectomie facile ; puis injection intra-iléale, à 10 cm. de l'angle iléo-cœcal, d'une ampoule contenant :

Sulfate de soude..... 8 gr.

Glycérine qsp 30 cc.

Les 2 premiers jours : des gaz ; et le 3^e jour : une selle spontanée qui se répète les jours suivants.

15^e OBSERVATION

28 juillet. M^{me} C. 40 ans. Appendicite à froid.

Anest. gén. éther. Appendicectomie ; puis, injection intra-iléale d'une ampoule contenant :

Borate de soude 2 gr.

Sulfate de soude 6 gr.

Glycérine qsp 30 cc.

Les 2 premiers jours : des gaz. A partir du 3^e jour : une selle, presque quotidienne.

Après ces deux injections intra-iléales, c'est dans le cœcum que nous injectons la même solution dans le cas suivant

16^e OBSERVATION

30 juillet. M^{me} E... 30 ans. Appendicite à froid.

Anest. gén. éther. Appendicectomie ; puis injection intra-cœcale d'une ampoule contenant :

Sulfate de soude 8 gr.

Glycérine qsp 30 cc.

Les 3 premiers jours : des gaz, mais pas de selle. Le 4^e jour : un lavement réalise une bonne évacuation intestinale ; selle spontanée quotidienne les jours suivants.

Nous pensons après ces résultats différents que le cœcum n'est pas le lieu favorable de notre injection, mais que c'est dans l'iléon, très près du cœcum, que nous aurons les meilleurs résultats.

17^e OBSERVATION

1^{er} août 1927. M. T... Appendicite au 3^e jour de la crise. Temp. : 39° 5, pouls : 120, vomissements,

douleurs violentes surtout dans la fosse iliaque droite, avec réaction de défense.

Anest. gén. éther. Appendicectomie ; puis, injection intra-iléale d'une ampoule tiédie contenant :

Borate de soude.....	2 gr.
Sulfate de soude.....	16 gr.
Glycérine.....	qsp 30 cc.

Les 2 premiers jours : des gaz, temp. au-dessus de 39° ; le 3^e jour : une selle spontanée, temp. le soir : 38 ; suites opératoires bonnes.

18^e OBSERVATION

6 août 1927. Mme E... Appendicite à froid.

Anest. gén. éther. Appendicectomie, puis injection intra-iléale d'une ampoule tiédie contenant :

Borate de soude.....	2 gr.
Sulfate de soude.....	16 gr.
Glycérine.....	qsp 30 cc.

Suites opératoires excellentes ; le premier jour : des coliques et des gaz ; le 2^e jour : des gaz et une selle spontanée qui se répète les jours suivants.

19^e OBSERVATION

11 août 1927. M. D... Appendicite à froid.

Anest. gén. éther. Appendicectomie ; puis on commence à injecter dans l'iléon une ampoule contenant comme précédemment :

Borate de soude.....	2 gr.
Sulfate de soude.....	16 gr.
Glycérine.....	qsp 30 cc.

Mais le sulfate de soude cristallise tout à coup

dans la seringue, et un cristal vient boucher l'aiguille, ce qui arrête l'injection. C'est qu'en effet, le sulfate de soude en solution sursaturée dans ces ampoules, doit être tiède pour rester liquide. Il est certain que, dans cette observation, la solution a été trop froide au moment de l'injection, ou a refroidi dans la seringue. Nous n'avons pu introduire que 10 cc. à peine dans l'iléon ; des gaz sont apparus les jours suivants, mais pas de selle. Il a fallu donner un lavement le 4^e jour.

En surveillant davantage la température de l'ampoule, cet incident ne s'est plus reproduit par la suite.

20^e OBSERVATION

Mme G... 60 ans. Kyste de l'ovaire.

Anest. gén. Opération ; puis injection intra-iléale d'une ampoule tiédie de la formule précédente.

Le lendemain : des gaz ; le surlendemain : une selle spontanée ; les jours suivants : une selle presque quotidienne.

OBSERVATIONS SUIVANTES

Nous possédons encore 5 observations, que nous ne voulons pas détailler, parce qu'il serait fastidieux de lire des répétitions ; les suites opératoires en sont analogues à celles de la dernière observation (la 20^e) : ce sont 5 succès pour notre méthode.

Ces 5 dernières observations complètent l'heureuse série que nous avons faite, grâce à nos injec-

tions intra-iléales ; une seule fois en effet notre opéré est resté constipé, c'est dans la 19^e observation, parce que nous n'avons pu injecter qu'un quart de notre ampoule.

Mais les 5 observations que nous avons rapportées ci-dessus et nos 5 dernières nous permettent d'avoir eu 10 bons résultats sur 10 malades que nous n'avons pas choisis ; nous pensons que sans le secours de notre injection, ces malades auraient présenté pour la plupart plus ou moins de constipation post-opératoire, tandis qu'avec l'application de notre méthode, nous avons eu la joie de pouvoir noter chez eux des gaz le premier jour, et une selle spontanée le 2^e ou le 3^e jour après l'intervention.

DISCUSSION

Devons-nous conclure que nous avons triomphé de la constipation post-opératoire par ce traitement préventif ?

Il est trop tôt pour l'affirmer définitivement, nous n'avons jusqu'ici qu'une statistique trop restreinte. Nous croyons que nous trouverons parmi nos prochains opérés des constipés chroniques, plus ou moins résistants aux traitements ordinaires, chez lesquels notre méthode ne triomphera pas.

Il sera intéressant alors d'établir le pourcentage de ces échecs, et nous avons la conviction qu'il constituera un chiffre minime ; ce chiffre pourrait même être amené à zéro le jour où on établira le coefficient de constipation de chaque opéré. Ceci nécessiterait dans la pratique l'interrogatoire du malade à ce sujet, et secondairement sans doute une modification dans la quantité et la concentration des liquides médicamenteux.

Notre méthode nous semble présenter un intérêt certain, d'une part parce qu'elle est d'une innocuité absolue : nous n'avons jamais eu le moindre incident dans la pratique de nos 25 cas, même au début de notre série, et le malade n'a jamais deviné qu'on avait ajouté une action médicamenteuse à l'acte

chirurgical ; d'autre part parce qu'elle commence à nous prouver son efficacité ; nous serons heureux d'apprendre par la suite qu'elle donne de nombreux succès.

Nous aurions ainsi collaboré, pour une très modeste part, à améliorer les suites opératoires.

CONCLUSIONS

Après une opération chirurgicale, le chirurgien ne recherche plus l'immobilisation de l'intestin ; il s'efforce de réveiller le péristaltisme souvent inhié par l'opération.

Nous avons atteint ce but en pratiquant, à la fin de l'intervention, dans la toute dernière portion de l'iléon, des injections de glycérine boratée sulfatée sodique. (La meilleure formule semble être actuellement celle que nous avons préconisée plus haut).

Cette méthode nous a donné dans la majorité des cas un résultat positif : les gaz sont apparus de façon précoce, même dans les cas où le péritoine est loin d'être indemne de toute infection (appendicite à chaud, salpingite suppurée, etc...), et les premières selles ont été émises dans le délai d'un jour ou deux.

Ajoutons que cette méthode n'augmente pas d'une façon appréciable la durée de l'intervention, que dans tous les cas elle s'est montrée d'une innocuité absolue, et que loin de déterminer au malade des phénomènes douloureux, elle lui procure spontanément le soulagement réel d'une rapide évacuation intestinale.

VU :

Le Doyen,
J. LÉPINE.

Le Président de la thèse :
PATEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 novembre 1927,

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD. — *Les constipations ; hormone péristaltique.* (Lyon Méd. 1912, p. 20).
- BURROWS. — *Stase intestinale post-opératoire et usage d'huile.* (Med. Pres. and Circ. 1913, p. 198).
- DESSAUX. — *Action de l'extrait hypophysaire sur la constipation.* Thèse Paris 1926.
- DOUBRÈRE. — *L'occlusion post-opératoire précoce en gynécologie.* Thèse Paris 1926.
- HOPKINS. — *Constipation post-opératoire.* (Denver Med. Tunis 1906-07, p. 34).
- LEMOINE. — *Lavements de bile glycinée, dans la constipation.* (Bull. gén. de Thérapeutique, 1921, p. 326).
- PORRITT. — *L'hypophysine dans la constipation post-opératoire.* (Brit. Med. J. 1914, p. 118).
- RENAUDEAUX. — *Constipation et transit ileo-cæcal.* Thèse Paris 1921.
- ROCHARD et STERN. — *Thérapeutique post-opératoire.* p. 427.
- ROUX. — *Constipation cæcale.* (Jour. de Med. Chir. Prat. 1918, p. 855).
- VICENTO, BENSAUDE. — *Constipation et lavements de bile.* (Soc. Méd. Hop. 1919, p. 932).

IMP. BERNIGAUD & PRIVAT
15, Rue Bossuet, 15, Dijon
